

Vergaderjaar 2017–2018

**25 424**

**Geestelijke gezondheidszorg**

**Nr. 403**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 24 april 2018

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 april 2018 over het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (Kamerstuk 25 424, nr. 390).

De vragen en opmerkingen zijn op 12 april 2018 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 23 april 2018 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de Staatssecretaris	9

### I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

#### Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over de bekostiging van acute psychiatrische zorg. Om kwetsbare mensen op het juiste moment psychische zorg te kunnen verlenen is het belangrijk dat hierover goede afspraken worden gemaakt. Betrokkene(n), familie, buurt en samenleving moeten erop kunnen vertrouwen dat adequate zorg op dit soort momenten wordt gegeven. Deze leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

De nieuwe bekostiging zal met ingang van 1 januari 2019 moeten ingaan. De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris of het klopt dat op dat moment ook de generieke module zal worden ingeschreven in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Welke stappen worden op dit moment door de ketenpartners genomen om een soepele implementatie van de generieke module te kunnen realiseren?

De NZa adviseert voor de functies triage, beoordeling en beschikbaarheid ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur de inkoop te laten plaatsvinden via representatie en daarmee af te zien van concurrentie ten aanzien van de inkoop door verzekeraars. Voor de overige delen van zorg blijft de individuele inkoop bestaan op basis van patiëntgebonden prestaties. Deelt de Staatssecretaris het standpunt dat individuele inkoop onvoldoende bijdraagt aan een snelle en soepele implementatie van de generieke module? Zo ja, kan de Staatssecretaris dit verder toelichten? Welke mogelijkheden ziet de Staatssecretaris om na implementatie van de generieke module weer terug te gaan naar individuele inkoop, hetgeen het uitgangspunt is van de Zorgverzekeringswet? Wat zijn hiervan de voor- en nadelen? Kan de Staatssecretaris voorts een toelichting geven op hoe de voor- en nacalculatie bij representatie plaatsvindt door de NZa? De NZa stelt in het advies dat inkoop op basis van representatie niet hoeft te leiden tot een mededingingsrisico. De leden van de VVD-fractie vragen of de Autoriteit Consument en Markt (ACM) om advies is gevraagd in dit kader. Zo ja, wat was het advies van de ACM? Zo nee, is de Staatssecretaris alsnog bereid advies te vragen aan de ACM? De leden van de VVD-fractie vragen de Staatssecretaris waaruit de patiëntgebonden prestaties bestaan. Met betrekking tot de evaluatie die over drie jaar zal plaatsvinden vragen deze leden de Staatssecretaris of vanaf de invoering van de generieke module en bijbehorende bekostiging kan worden meegenomen welk effect dit heeft gehad op het aantal crisisplekken en de regionale spreiding daarvan.

De Staatssecretaris geeft in de brief ook aan dat de NZa bij het opstellen van het advies heeft samengewerkt met de in hun ogen meest betrokken partijen, zoals GGZ Nederland en MIND. Echter, er ontbreken ook partijen die wel betrokken zijn bij de opvang van «mensen met verward gedrag». In hoeverre is bij het opstellen van dit advies het Schakelteam meegenomen? Is het Schakelteam het eens met de conclusies en aanbevelingen

die in het rapport van de NZa te vinden zijn? Zo niet, had het Schakelteam eigenlijk niet moeten worden betrokken?

Op 27 februari jl. heeft de NZa de «Monitor Acute psychiatrische zorg» gepresenteerd (Kamerstuk 25 424, nr. 390). Daarin staat dat in 2016 44% van de patiënten door de huisarts naar de acute psychiatrie is doorverwezen. Hoe kijken de huisartsen aan tegen hun rol en de doorverwijzing naar de acute ggz?

In dezelfde monitor wordt vermeld dat ongeveer 84% van alle locaties aangeeft knelpunten te ervaren. De leden van de VVD-fractie maken zich zorgen om dit signaal. Herkent de Staatssecretaris dit signaal? Deze leden vinden het belangrijk dat er voldoende crisisbedden beschikbaar zijn in de regio. Op welke wijze wordt over grenzen van regio's gekeken naar oplossingen om acute tekorten binnen de crisisopvang op te lossen? Wat betekent dit voor de voorgestelde positie van de preferente zorgverzekeraar bij de inkoop binnen het representatiemodel?

Ook wordt in de monitor aangegeven dat 12% van de locaties knelpunten in het vervoer van cliënten ervaart. In het bijzonder wordt aangegeven dat regiogrenzen hier belemmerend werken. Herkent de Staatssecretaris dit beeld? Wat voor concrete maatregelen worden er genomen om dit soort belemmeringen op te heffen? Kan inkoop door één zorgverzekeraar per regio, zoals nu wordt voorgesteld, dit knelpunt oplossen, ook in het geval dat in aangrenzende regio's andere zorgverzekeraars de zorg inkopen?

Ten slotte willen de leden van de VVD-fractie nog graag weten in welke mate dit voorstel gaat bijdragen aan het realiseren van de toegezegde sluitende aanpak «voor mensen met verward gedrag» in de zomer van 2018. In welke mate werkt het belemmerend dat dit voorstel voor de acute ggz in de eerste 72 uur pas ingaat per 1 januari 2019? Zo ja, wat wordt er in de tussentijd gedaan om deze belemmeringen op te vangen en ongeacht de plaats overal in Nederland tijdige en passende psychische zorg te verlenen?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over het NZa-advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg». Genoemde leden zijn van mening dat hiermee goede stappen gezet worden in de aanpak van de knelpunten in de acute ggz. Deze leden hebben nog wel een paar aanvullende vragen.

De leden van de PVV-fractie staan positief tegenover het nieuwe bekostigingsmodel voor de acute ggz maar zij begrijpen niet waarom het zich beperkt tot de eerste 72 uur van de crisiszorg. Acute psychiatrische zorg kan immers tot enkele weken duren. Is deze inperking tot stand gekomen vanuit het oogpunt van de patiënt of heeft dit louter een praktische reden om opname tijdens het weekend te kunnen overbruggen, zo vragen deze leden. Is het dan niet nog praktischer om de gehele crisiszorg (met maximale duur) onder het nieuwe bekostigingsmodel te brengen? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie denken dat door het hanteren van twee systemen van zorginkoop het acute zorgaanbod versnipperd. Wat als een patiënt verzekerd is bij een zorgverzekeraar die niet de hele acute ggz-keten heeft ingekocht bij de zorgaanbieder waardoor de patiënt na 72 uur overgedragen moet worden naar een andere zorgaanbieder? Dit komt de continuïteit van zorg niet goede, aldus genoemde leden. Hoe ziet de Staatssecretaris dit?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de periode van 72 uur in de praktijk wordt vastgesteld als iemand op de spoedeisende hulp (SEH) wordt binnengebracht met zowel acute somatische als psychiatrische problemen. Op welk moment begint dan de acute crisiszorg? Hoe verloopt überhaupt de bekostiging bij zowel somatische als psychiatrische problematiek? Kunnen deze leden hierop een toelichting krijgen?

De leden van de PVV-fractie vragen tot slot op welke wijze deze nieuwe bekostiging en de kwaliteitsstandaard zullen bijdragen aan de aanpak van personen met verward gedrag. Hoe wordt voorkomen dat verwarde personen massaal het etiket crisiszorg opgeplakt krijgen en voor 72 uur opgenomen worden?

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris over de bekostiging van de acute psychiatrische zorg per 1 januari 2019. Zij maken graag van de gelegenheid gebruik enkele verduidelijkende vragen te stellen. Deze leden delen de zienswijze dat de bekostiging van een crisisdienst door middel van diagnose behandel combinaties (DBC's) door verschillende partijen niet als passend wordt ervaren.

De Staatssecretaris stelt in de brief (voorhang) voor om deze betalingssystematiek per 1 januari 2019 in te voeren. Kan de Staatssecretaris uiteenzetten wat er nog allemaal moet gebeuren om een verantwoorde invoering per 1 januari 2019 mogelijk te maken?

Wat wordt bedoeld met de zinsnede in de voorhangbrief en het NZa-advies dat de inschrijving van de module acute psychiatrie op termijn zal plaatsvinden? Waarom is deze module nog niet ingeschreven bij het Zorginstituut?

De NZa adviseert voor de functies triage, beoordeling, beschikbaarheid ambulante crisisbehandeling tot maximaal 72 uur en beschikbaarheid crisisbedden en opname tot maximaal 72 uur de inkoop te laten plaatsvinden via representatie. De leden van de CDA-fractie kunnen begrip opbrengen om inkoop via representatie te organiseren, maar zij willen graag weten waarom er gekozen is om de grens bij 72 uur te leggen. De NZa stelt immers in het advies dat een crisissituatie enkele uren maar ook enkele weken kan duren. Wat betekent het voor de patiënt als de 72 uur zijn verstreken? Kan het ertoe leiden dat patiënten moeten verhuizen naar een instelling waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten?

Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten in hoeverre bij dit advies de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) betrokken is geweest? Kan de Staatssecretaris uitgebreid toelichten hoe het wetsvoorstel Wvggz heeft doorgewerkt in dit advies? En als het wetsvoorstel Wvggz niet is meegenomen in dit advies, kan de Staatssecretaris dan toelichten waarom dit niet is meegenomen?

De NZa stelt in haar advies dat het beschikbaar houden van lege crisisbedden noodzakelijk is. Dat kunnen deze leden zich voorstellen omdat het soms nu zoeken is naar een leeg crisisbed. Kan de Staatssecretaris toelichten hoe er bij de zorginkoop precies rekening mee wordt gehouden? En hoe er rekening wordt gehouden met ambulante crisisbehandeling, waar moet dit precies aan voldoen? Wanneer wordt het veilig geacht ambulante crisiszorg te leveren?

De leden van de CDA-fractie vragen hoever het staat met de regionale ketenplannen acute psychiatrische zorg. Zijn deze plannen al in regio's aanwezig, opgestart of moeten die nog ontwikkeld worden? Kan de Staatssecretaris een duidelijk overzicht geven?

Hoe verhouden deze ketenplannen zich tot de startdatum van de bekostiging acute psychiatrie per 1 januari 2019 en de sluitende regionale aanpak verwarde personen die voor 1 oktober 2018 gereed moet zijn? Spreekt men hier dan van dezelfde regio's zodat men echt over een regionaal sluitende aanpak kan spreken? In de voorhangbrief staat immers «er is een door zorgaanbieders en zorgverzekeraars erkende regio-indeling».

Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie of de Staatssecretaris kan toelichten waarom er gekozen is om na drie jaar te evalueren.

## **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

### *Inleiding*

Met interesse hebben de leden van de D66-fractie kennisgenomen van het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze leden zijn van mening dat iedereen in Nederland die zich mogelijk in een acute psychiatrische crisis bevindt, 24 uur per dag en zeven dagen in de week, moet kunnen uitgaan van de juiste zorg, ongeacht waar deze persoon woont. De leden van de D66-fractie zijn van mening dat inkoop in representatie de goede keuze is, wanneer het acute psychiatrische zorg betreft. Wel hebben deze leden nog enkele vragen over het advies.

### *Functies acute psychiatrische hulpverlening*

De leden van de D66-fractie zijn verheugd dat veldpartijen gezamenlijk tot een generieke module acute psychiatrie zijn gekomen om vast te stellen wat de verschillende functies zijn van de acute ggz. Deze leden vernemen graag wanneer de verwachting is dat deze module ingeschreven wordt in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut. Er wordt binnen de module een onderscheid gemaakt tussen een drietal functies in de hulpverlening. Voor de ggz-triage is er door partijen een triagewijzer opgesteld die op basis van een aantal kenmerken de situatie van de patiënt en de urgentie van de hulpvraag vaststelt. Hierbij worden onder andere kenmerken van verwardheid meegenomen waarbij bijvoorbeeld een onderscheid wordt gemaakt tussen acuut verward en toenemend verward. Graag vernemen de leden van de D66-fractie hoe deze gradaties van verwardheid vastgesteld worden.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat in acute psychiatrische crises beoordeling tijdig geboden dient te worden. Wanneer de urgentiegraad op zijn hoogst is, moet binnen één uur na de triage de beoordeling plaatsvinden. Dit is een versnelling ten opzichte van de huidige norm van 80% binnen twee uur. De huidige norm ligt weer hoger dan het gemiddelde dat volgens de NZa in het eerste kwartaal van 2017 gehaald wordt, namelijk 74% binnen twee uur. Graag vernemen de leden van de D66-fractie hoe de Staatssecretaris, samen met de partijen, gaat werken aan het verhogen van de responstijd van de beoordeling in acute psychiatrische situaties. Welke middelen zou de Staatssecretaris kunnen inzetten om ervoor te zorgen dat deze toegankelijkheidsnormen gehaald worden?

Als er tijdens de beoordeling vastgesteld wordt dat er sprake is van acute psychiatrische problematiek dan vindt er crisisbehandeling plaats. In tabel

6 van de Monitor Acute psychiatrische zorg is een lichte stijging te zien in het aandeel ambulante behandeling thuis van 2015 op 2016. De leden van de D66-fractie vernemen graag of deze stijging zich in 2017 doorzet. En hoe ontwikkelt het percentage opnames zich? De NZa wijst in haar advies op de noodzaak van het beschikbaar houden van crisisbedden voor een eventuele acute opname. Bij de knelpunten in de organisatie van de acute psychiatrie in de Monitor Acute psychiatrische zorg wordt er echter op gewezen dat juist de hoeveelheid crisisbedden als knelpunt wordt ervaren. Hoeveel crisisbedden zijn er op dit moment in Nederland en hoe is het gesteld met de bezettingsgraad van deze bedden?

De leden van de D66-fractie constateren dat het beoordelingsteam volgens de module acute psychiatrie bestaat uit een hbo-opgeleide verpleegkundige met specialisatie (acute) ggz, een basisarts en een psychiater als achterwacht. Deze leden vragen hoe deze samenstelling zich verhoudt tot de huidige beschikbaarheid en bereikbaarheid van deze sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er), basisarts en psychiater?

#### *De inkoop van acute zorg*

Het regioplan vormt een belangrijke schakel in de aanpak volgens de module «acute psychiatrie». In de Monitor Acute psychiatrische zorg wordt een regio-indeling met 29 regio's gepresenteerd terwijl in het advies ook gewezen wordt op de wenselijkheid om de regio-indeling te laten aansluiten op de ROAZ-structuur (ROAZ= Regionaal Overleg Acute Zorg). De leden van de D66-fractie zijn van mening dat de acute psychiatrische zorg en de aanpak van verwarde personen in samenhang bekeken dienen te worden. Deze leden vragen voorts hoe de regio-indeling van de acute psychiatrie en de daarmee samenhangende regioplannen zich verhouden tot de 23 regio's die zijn vastgesteld in het Schakelprogramma «Niemand tussen wal en schip» van het Schakelteam Personen met Verward Gedrag? En hoe verhoudt deze regio-indeling zich tot de 25 veiligheidsregio's? Deelt de Staatssecretaris de mening dat deze verschillende indelingen en daarmee samenhangende ketens kunnen leiden tot verwarring en onduidelijkheid? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat een hypothetisch verward persoon met acute psychiatrische problematiek niet door conflicterende regio-indelingen in de knel komt?

De leden van de D66-fractie constateren dat de NZa stelt dat de vervolgbehandeling, die vastgesteld wordt door het beoordelingsteam, niet per definitie bij datzelfde team of eenzelfde behandelaar plaats hoeft te vinden. Genoemde leden vernemen graag of juist continuïteit voor mensen met acute psychiatrie niet wenselijk is. Deze leden erkennen dat er ergens een grens getrokken wordt met betrekking tot het einde van de crisisbehandeling en eventuele crisisopname en het begin van de vervolgbehandeling. Toch vernemen zij graag een uitgebreidere argumentatie voor de 72 uur, te meer omdat zowel de zorgverzekeraars (ZN) als zorgaanbieders (GGZ Nederland) aangeven langer nodig te hebben voor bijvoorbeeld de-escalatie en diagnostisering. Hoe kijkt de Staatssecretaris aan tegen het door GGZ Nederland aangedragen punt dat een periode van twee weken nodig is om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijden? De leden van de D66-fractie zijn van mening dat een wachttijd voor een (reguliere) vervolgbehandelingstraject na een mogelijk 72 uur durende crisissituatie onacceptabel is.

#### *Hoe bekostigen we acute psychiatrische zorg*

De leden van de D66-fractie lezen in het NZa-advies over het bekostigingsmodel dat zorgverzekeraars nog steeds een centrale rol hebben in het bewaken en sturen op efficiëntie bij de aanbieder. Deze leden vragen of de Staatssecretaris deze stelling kan onderbouwen. Ook vragen genoemde

leden hoe de individueel declarabele prestaties worden vastgesteld indien er wel triage heeft plaatsgevonden maar er na beoordeling toch wordt afgezien van een crisisopname. Worden deze kosten ook verrekend of vereffend in de voor- en nacalculatie?

#### *Randvoorwaarden*

De leden van de D66-fractie constateren dat het advies van de NZa en het door haar geadviseerde bekostigingsmodel positief scoort op een groot deel van de in de adviesaanvraag meegegeven randvoorwaarden. Zoals de NZa aangeeft zal dit advies waarschijnlijk helaas leiden tot een toename van de administratieve lasten, bijvoorbeeld wanneer het gaat om aanbieders die (crisis)bedden beschikbaar houden terwijl deze niet in representatie ingekocht worden. Hiervoor dienen voorstellen nader uitgewerkt te worden. Naast deze mogelijke toename in administratieve lasten zien de leden van de D66-fractie ook een potentiële stijging van deze lasten als gevolg van het maximum van 72 uur ten aanzien van triage, beoordeling en crisisbehandeling. Graag vernemen deze leden hoe de Staatssecretaris in deze beide gevallen ervoor waakt dat deze administratieve lasten niet hinderlijk toenemen en de patiënt daarvan de dupe is.

#### *Stappen voor invoering bekostigingsmodel per 2019*

De leden van de D66-fractie constateren dat voor de regio-indeling gewacht wordt op de uitkomsten van de analyses uitgevoerd door het RIVM. Wanneer worden deze verwacht? Genoemde leden vernemen graag of, indien deze indeling nog niet gereed is, het wel mogelijk wordt om per 1 januari 2019 het bekostigingsmodel conform het advies in te voeren. Deze leden wijzen erop dat het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden tijd kost, zeker indien het uiteenlopende partners betreft zoals bijvoorbeeld politie, ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. De leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris tot slot hoe de acute psychiatrische zorg en de bekostiging tot 1 januari 2019 gaan lopen en hoe de Staatssecretaris er tot deze tijd voor waakt dat een ieder die acute psychiatrische hulp nodig heeft die ook ontvangt.

#### **Vragen en opmerkingen van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben kennisgenomen van het voornemen van de Staatssecretaris om een aanwijzing te geven aan de NZa voor de acute geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben daarover nog enkele vragen.

Over de contractering en tariefstelling vragen de leden van de fractie van GroenLinks aan de Staatssecretaris hoe het vaste tarief wordt vastgesteld. Hoe wordt dat tarief uitgewerkt en wat is het tijdpad?

Over de voor- en nacalculatiesystematiek vragen deze leden of zorgverzekeraars in staat zullen zijn om wanneer nodig voorschotten te geven, zodat aanbieders bijvoorbeeld de triagefunctie goed kunnen inrichten voordat de nieuwe bekostigingssystematiek van kracht wordt.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat er regioplannen moeten komen waarin samenwerkingsafspraken tussen ketenpartners zijn opgenomen. Wat is de stand van zaken van deze regionale plannen? Wordt er voortgebouwd op bestaande regionale samenwerkingsverbanden? Kan de Staatssecretaris een overzicht geven van de voortgang per regio?

Daarnaast hebben de leden van de fractie van GroenLinks vragen over de tijdgrens van 72 uur die de Staatssecretaris voorstelt, waarbij de bekostiging voor een aantal functies zoals opname tot 72 uur via inkoop in representatie wordt ingekocht.

Wat vindt de Staatssecretaris van het advies van onder andere GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland om de tijdgrens aan te passen naar twee weken in plaats van de voorgestelde 72 uur? Waarom wordt vastgehouden aan 72 uur, terwijl ggz-professionals vanuit zorginhouderlijke gronden voorstander zijn van een ambulante crisisbehandeling voor maximaal twee weken te bekostigen? Kan de Staatssecretaris ingaan op de verschillende argumenten die GGZ Nederland en professionals aandragen voor twee weken, waaronder dat dat de periode is die nodig is voor diagnosticeren, omgevingsproblematiek te bepalen en vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd?

Tot slot hebben de leden van de fractie van GroenLinks nog vragen in relatie tot dit laatste argument voor een tijdgrens van twee weken om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd. Hoe beziet de Staatssecretaris dit argument in het licht van de NZa-rapportage die aantoont dat de wachtlijsten in de ggz niet zijn opgelost op 1 juli 2018? (zie brief Staatssecretaris van 10 april 2018)<sup>1</sup>

Is de Staatssecretaris het met de leden van de fractie van GroenLinks eens dat alles gedaan moet worden om deze wachtlijsten terug te dringen? Moet het argument dat er mogelijk wachttijden ontstaan dan niet zwaar wegen bij het vaststellen van de tijdgrens?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het advies «Bekostiging acute psychiatrische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit. Zij hebben hierover de volgende opmerkingen en vragen.

Na de keuze om een deel van de langdurige ggz over te hevelen van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz), achten de leden van de SP-fractie het een goede beslissing om de concurrentie uit de acute ggz te halen. Genoemde leden verwelkomen de keuze voor vergaande samenwerking in plaats van concurrentie. In de praktijk is immers gebleken dat met de huidige DBC-financiering de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute ggz niet gewaarborgd kan worden. Het is dan ook in het belang van deze groep zeer kwetsbare patiënten dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de acute ggz zo snel mogelijk op orde is.

Het voorstel om het idee van concurrentie los te laten voor de acute ggz draagt volgens de leden van de SP-fractie bij aan een oplossing voor de huidige problemen in de acute ggz. Deze leden zijn dan ook benieuwd welke conclusies de Staatssecretaris trekt uit het feit dat DBC-financiering niet geschikt is bevonden voor de acute ggz.

Voorts constateren de leden van de SP-fractie dat de praktijk heeft uitgewezen dat concurrentie in de acute ggz niet in het belang van patiënten is. Genoemde leden zien hierin bevestigd dat samenwerking in de zorg onwenselijk is. Is de Staatssecretaris het met deze leden eens dat patiënten en zorgverleners in de gehele zorg beter af zouden zijn met samenwerking in plaats van concurrentie?

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 25 424, nr. 396



In de spoedzorg ervaart men veel problemen met het vinden van een behandelplek voor mensen met ernstige acute psychische problemen. Is de Staatssecretaris hiermee bekend? Op welke wijze draagt de wijziging in bekostiging bij aan het verhelpen van dit probleem en wat gaat de Staatssecretaris daarnaast doen om dit op te lossen?

De NZa adviseert om na 72 uur de inkoop van crisisbehandeling wel weer te laten plaatsvinden door de individuele zorgverzekeraar aan de hand van crisis DBC's en patiëntgebonden prestaties. Hoe garandeert de Staatssecretaris dat na 72 uur de individuele inkoop wel leidt tot goede beschikbaarheid van de crisisbehandeling voor de patiënt? Waar is de grens van 72 uur op gebaseerd?

De NZa verwacht niet dat inkoop in representatie strijd zal opleveren met de mededingingsregels. Zorgverzekeraars kunnen zich namelijk toch al niet goed onderscheiden in de acute psychiatrische zorg. De leden van de SP-fractie vragen welk belang hier nu eigenlijk vooropstaat. Is dat het waarborgen van de mededingingsregels of is dat het belang van de patiënt?

In zijn brief van 23 maart jl. constateert de Staatssecretaris dat er bij individuele zorginkoop door zorgverzekeraars coördinatieproblemen optreden. Deelt de Staatssecretaris de observatie van de leden van de SP-fractie dat er ook coördinatieproblemen zijn in de niet-acute specialistische ggz door het hanteren van budgetplafonds door de individuele zorgverzekeraars en de daaruit voortkomende patiëntenstops en wachtlijsten? Erkent de Staatssecretaris dat ook elders in de ggz de systematiek van de betaling per verrichting problemen oplevert, die een goede behandeling van de patiënt in de weg staat? Overweegt de Staatssecretaris om een grondiger aanpak te hanteren en de DBC-financiering in de gehele ggz los te laten? Voorts vragen de leden van de SP-fractie de Staatssecretaris om ook in de rest van de ggz concurrentie los te laten en meer te werken met budgetten, die via voor- en nacalculatie kunnen worden aangepast.

## **II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS**

### **VVD**

*De leden van de VVD-fractie vragen zich af of het klopt dat op het moment dat de nieuwe bekostiging van kracht zal zijn (1 januari 2019) ook de generieke module zal worden ingeschreven in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut en willen graag weten welke stappen op dit moment door de ketenpartners worden genomen om een soepele implementatie van de generieke module te kunnen realiseren?*

Ik ga er absoluut van uit dat op het moment dat de nieuwe bekostiging van kracht wordt de generieke module is ingeschreven in het register van het Zorginstituut. Sterker nog, ik zou graag zien dat de generieke module Acute psychiatrie is aangeboden aan het Zorginstituut op het moment dat de beleidsregels van de NZa gepubliceerd worden (1 juli 2018). Dit bevordert de duidelijkheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders die afspraken maken over de acute ggz in de verschillende regio's vanaf 1 januari 2019. Ik heb van GGZ NL begrepen dat zij deze week met het Zorginstituut bestuurlijk overleg hebben over de inschrijving van de module.

Er zijn verschillende applicaties en handreikingen ontwikkeld om de implementatie te ondersteunen. Op dit moment wordt in het kader van het programma personen met verward gedrag van ZonMw door ggz-aanbieders in de praktijk ervaring opgedaan met de verschillende elementen van de generieke module Acute psychiatrie. Deze module is

vorig jaar door partijen zelf ontwikkeld en vastgesteld. Er is met ZonMw afgesproken om de pilots melden, waar de triage acute psychiatrische hulpverlening onderdeel van is, te laten doorlopen totdat structurele financiering beschikbaar is. De veldpartijen zijn uitdrukkelijk geïnformeerd en meegenomen in dit traject. Op dit moment voert het RIVM een analyse uit naar de aanrijtijden ter voorbereiding van de bepaling van de regio-indeling. Deze analyse zal in mei worden opgeleverd en dient als basis voor de regio-indeling die zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen maken.

*De leden van de fractie van de VVD vragen of de regering het standpunt deelt dat individuele inkoop onvoldoende bijdraagt aan de implementatie van de generieke module en welke mogelijkheden de regering ziet om na de implementatie van de generieke module weer terug te gaan naar individuele inkoop. Zij vragen tevens of in het kader van de evaluatie kan worden bijgehouden welk effect de invoering van de generieke module en de bijbehorende bekostiging hebben gehad op het aantal crisissplekken en de regionale spreiding daarvan.*

Ik deel inderdaad dat standpunt. De NZa onderbouwt in haar advies dat wanneer de generieke module Acute psychiatrie zou worden ingevoerd en uitgevoerd en de triage, beoordeling en crisisbehandeling gedurende de eerste 72 uur individueel zou worden ingekocht, de beschikbaarheid van de acute ggz voor de patiënt vanwege coördinatieproblemen onvoldoende geborgd is. Bij inkoop door de zorgverzekeraars voor hun eigen verzekerden is er geen integrale afspraak over de in te kopen capaciteit voor de gehele regio. Na 3 jaar zal de NZa de implementatie van de nieuwe bekostiging en de werking van de marktordering evalueren en zal de NZa bezien of het gekozen bekostigingsmodel het meest geëigende model is. Daarna is een oordeel mogelijk over eventuele individuele inkoop in de toekomst.

De evaluatie voorziet vooralsnog niet in het bijhouden van het aantal crisissplekken.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de voor- en nacalculatie plaatsvindt door de NZa.*

Uiterlijk op 1 oktober voorafgaand aan het kalenderjaar dienen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder een tweezijdig verzoek in bij de NZa voor het verwachte budget, de verwachte opbrengsten uit de prestaties en het verwachte opbrengstverschil. De NZa stelt het verwachte opbrengstverschil vast en geeft hiervoor een beschikking af. Het is een onderlinge keuze van zorgaanbieder en zorgverzekeraar om al dan niet te bevoorschotten.

Bij de nacalculatie dienen zorgverzekeraar en zorgaanbieder een tweezijdig verzoek in voor het definitieve budget, de definitieve opbrengsten en het definitieve opbrengstverschil. De NZa stelt vervolgens het definitieve budget vast, het definitieve opbrengstverschil en het definitieve vereffeningbedrag/verrekenbedrag. De NZa geeft hiervoor opnieuw een beschikking af. Er vindt nacalculatie plaats op zowel het budget (wel volume, niet de vaste prijs per parameter) als de opbrengsten uit de prestaties.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de ACM om advies is gevraagd.*

Ja, de NZa heeft overleg gehad en heeft afstemming gezocht met de ACM.

*De leden van de VVD-fractie vragen waaruit de patiëntgebonden prestaties bestaan.*

De NZa is de patiëntgebonden prestaties momenteel met de partijen aan het uitwerken. Het voorstel is om aan te sluiten bij de huidige dbc-systeemmatiek.

De leden van de fractie van de VVD vragen zich af in hoeverre bij het opstellen van dit advies van de NZa, het Schakelteam is meegenomen en of het Schakelteam het eens is met de conclusies en aanbevelingen van het rapport van de Nza.

Bij de formulering van de generieke module Acute psychiatrie, op basis waarvan de NZa adviseert over de bekostiging, is een groot aantal partijen betrokken. Deze partijen komen voor een groot deel overeen met de partijen die betrokken zijn bij het Schakelteam. De reikwijdte van het Schakelteam personen met verward gedrag is echter veel breder dan de acute ggz. Niet alle personen met verward gedrag hebben een psychische aandoening. Volgens publicaties van onder andere het Trimbos-instituut heeft ongeveer 50% van deze mensen psychische klachten.

Het Schakelteam hanteert een brede definitie van verwardheid: het gaat om mensen die de grip op hun leven (dreigen te) verliezen, waardoor het risico aanwezig is dat zij zich zelf of anderen schade berokkenen. Vanwege die overlap heeft over en weer afstemming plaatsgevonden, sommige organisaties namen zowel deel aan bijeenkomsten van het Schakelteam als aan de bijeenkomsten ter voorbereiding van de generieke module Acute psychiatrie als aan de expertsessies van de NZa over de bekostiging. Het advies van de NZa richt zich specifiek op de bekostiging en de inrichting van de acute ggz op basis van de inhoudelijke inbreng van partijen. Het Schakelteam zelf vervult hier geen rol. Met deze aanpassing van de bekostiging wordt het mogelijk de acute ggz inhoudelijk te verbeteren en de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de acute ggz beter te waarborgen. Dat is essentieel voor een goed werkende aanpak voor mensen met verward gedrag (met name de bouwstenen 4 en 5). Het Schakelteam heeft in haar tussenbericht (Kamerstuk 25 424, nr. 395) aangegeven blij te zijn met dit besluit en te hopen op een spoedige implementatie. Voor de inwerkingtreding moeten nog een aantal stappen gezet worden. Vooruitlopend daarop zijn zorgverleners al aan de slag om de acute ggz te verbeteren in het kader van het al eerder genoemde ZonMw programma.

*De leden van de VVD-fractie vragen hoe de huisartsen tegen hun rol aankijken en de doorverwijzing naar de acute ggz.*

Ook voor de huisartsen wordt het gemakkelijker om een patiënt door te verwijzen naar de acute ggz als de beschikbaarheid van de triage- en beoordelingsfunctie door de toepassing van de generieke module, coördinatie in de regio en passende bekostiging beter is geborgd.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regering het signaal herkent dat 84% van de locaties aangeeft knelpunten te ervaren bij opnames.*

De NZa geeft in de monitor acute psychiatrische zorg aan (Kamerstuk 25 424, nr. 390) dat 84% van de locaties aangeeft knelpunten te ervaren bij opnames. Het is de bedoeling dat door de implementatie van de generieke module Acute psychiatrie dit percentage drastisch omlaag gaat omdat er goede afspraken in de regio's worden gemaakt over de beschikbaarheid van bedden als een crisisopname noodzakelijk is en de bekostiging wordt verbeterd.

*De leden van de VVD-fractie vragen in welke mate er over de grenzen van regio's wordt gekeken om knelpunten op te lossen en wat hierbij de rol van de preferente zorgverzekeraar is.*

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk de regiogrenzen vaststellen. Dat doen zij op basis van berekeningen van het RIVM van aanrijtijden. De verschillende regio's moeten op basis van de generieke module Acute psychiatrie een regioplan maken. Daarin moet voorzien zijn in voldoende capaciteit om aan de triagenormen te voldoen en er moet voldoende capaciteit zijn voor de crisisbehandeling. Ik kan mij voorstellen dat de regio's ook afspraken maken met buurregio's over hoe te handelen

bij onverwacht grote drukte. Het advies van de NZa gaat ervan uit dat de representerende zorgverzekeraar zorg inkoop op basis van dit regioplan.

*De leden van de VVD-fractie vragen of de regering herkent dat er knelpunten zijn in het vervoer en dat die te maken hebben met regio-grenzen en wat er gebeurt om dit soort belemmeringen op te heffen. Zij vragen tevens of inkoop door één verzekeraar per regio dit knelpunt kan oplossen.*

Aan knelpunten in het vervoer wordt gewerkt in het kader van de aanpak van «personen met verward gedrag». In dat kader wordt gewerkt aan tijdig en passend vervoer van personen met verward gedrag. Voor de meeste recente informatie daarover verwijs ik naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 16 februari 2018 (Kamerstuk 25 424, nr. 389).

*Tenslotte vragen de leden van de fractie van de VVD zich af in welke mate dit voorstel gaat bijdragen aan het realiseren van de toegezegde sluitende aanpak «voor mensen met verward gedrag» in de zomer van 2018? In welke mate werkt het belemmerend dat dit voorstel voor de acute ggz in de eerste 72 uur pas ingaat per 1 januari 2019? Zo ja, wat wordt er in de tussentijd gedaan om deze belemmeringen op te vangen en ongeacht de plaats overal in Nederland tijdig e en passende psychische zorg te verlenen?*

De verbetering van de acute ggz levert een bijdrage aan de bouwstenen 4 en 5. De inhoudelijke stappen zijn vorig jaar neergelegd in de generieke module Acute psychiatrie. De passende bekostiging van de acute ggz vormt het sluitstuk van de ingezette verbeteringen. Er is door alle partijen in de ggz hard gewerkt aan de inhoud en dit proces dat ook deze komende maanden nog veel inzet zal vragen van partijen. Tot 1 januari 2019 geldt de reguliere dbc-financiering voor de acute ggz.

## **PVV**

*De leden van de PVV-fractie vragen waarom het nieuwe bekostigingsmodel zich beperkt tot de eerste 72 uur van de crisiszorg en of het niet praktischer is de gehele crisiszorg (met een maximale duur) onder het nieuwe bekostigingsmodel te brengen. Zij vragen of twee systemen van zorginkoop het zorgaanbod voor de patiënt niet versnippert.*

Uitgangspunt voor de Zorgverzekeringswet is individuele zorginkoop per verzekeraar, omdat dit de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg bevordert. Daar wil ik zoveel mogelijk aan vasthouden en alleen van afwijken indien de omstandigheden zodanig zijn dat er vrijwel geen individuele sturingsmogelijkheden zijn en het belang van de patiënt hiermee wordt gediend. Bij acute psychiatrische hulpverlening is het belangrijk dat de patiënt snel en adequaat wordt beoordeeld en dat de behandeling snel start. De eerste contacten in dit traject zijn vaak onvoorspelbaar en onplanbaar en een goede coördinatie gedurende 24\*7 uur is dan ook van groot belang. Met de voorgestelde organisatie, inkoop en bekostiging van de behandeling tot maximaal 72 uur kan de beschikbaarheid van dit deel van de acute psychiatrische zorg worden geborgd, ook in het weekend. Er mag van worden uitgegaan dat na uiterlijk 72 uur een zodanig beeld van de patiënt is gevormd dat deze voor de vervolgzorg naar de voor hem juiste behandelomgeving kan worden verwezen. Dat kan de zorgaanbieder zijn die de acute psychiatrische hulpverlening levert, maar het is mogelijk dat ook andere zorgaanbieders de voor de vervolgzorg juiste behandelingsomgeving leveren. Mede op basis van het regioplan zullen aanbieder en zorgverzekeraar goede afspraken moeten maken over het voortzetten van de behandeling van patiënten na de eerste 72 uur. Gelet op de inhoud van het advies van de NZa, ga ik ervan uit dat zorgverzekeraars voor de rest van de acute en

reguliere ggz op adequate wijze hun zorgplicht kunnen vervullen op de wijze zoals die past in de Zorgverzekeringswet.

*De leden van de PVV-fractie vragen op welk moment de periode van 72 uur precies ingaat als iemand op de SEH wordt binnengebracht met zowel somatische als psychiatrische problemen en hoe de bekostiging dan verloopt.*

Uit de ggz triagewijzer volgt dat patiënten waarbij uitval van vitale functies plaatsvindt of sprake is van een levensbedreigende situatie (zogenaamde U0- en U1-patiënten) met de ambulance naar de SEH moeten worden gebracht. De SEH is verantwoordelijk voor het bieden van de somatische spoedzorg. Behandeling van patiënten met een urgentiegraad van U0 en U1 wordt, voor de somatische spoedzorg, bekostigd via de reguliere medisch-specialistische prestaties. Voor de eventuele aanvullende psychiatrische zorg kunnen de crisis-dbc's gebruikt worden. Eén van de punten die naar voren kwamen tijdens de overleggen van de NZa met de partijen, is dat SEH's niet altijd gebruik mogen maken van de crisis-dbc's vanwege afspraken met zorgverzekeraars. De NZa zal de prestatiebeschrijving van de crisis-dbc's zodanig vorm geven dat duidelijk wordt dat alle aanbieders die acute psychiatrische zorg leveren er gebruik van mogen maken. De NZa is deze regelgeving aan het uitwerken.

*De leden van de PVV-fractie vragen zich af hoe de nieuwe bekostiging en kwaliteitsstandaard bijdragen aan de aanpak voor personen met verward gedrag en hoe wordt voorkomen dat personen met verward gedrag massaal voor 72 uur opgenomen worden.*

De implementatie van de generieke module Acute psychiatrie en de nieuwe bekostiging leveren een belangrijke bijdrage aan de aanpak voor personen met verward gedrag. Deze mensen kunnen in een acute situatie sneller getriageerd en beoordeeld worden en sneller naar adequate zorg toegeleid worden. Zij worden uitsluitend opgenomen als hun aandoening en hun situatie daartoe aanleiding geven en ambulante behandeling onvoldoende soelaas biedt. Daartoe dient de beoordeling door bevoegd en bekwaam personeel.

## **CDA**

*De leden van de fractie van het CDA vragen om uiteen te zetten wat er nog moet gebeuren om invoering van de nieuwe bekostiging per 1 januari 2019 mogelijk te maken en vragen zich af waarom de module Acute psychiatrie nog niet is ingeschreven bij het Zorginstituut.*

Het is allereerst essentieel dat ik de NZa uiterlijk 26 april a.s. de aanwijzing geef om met ingang van 1 januari 2019 een vast tarief en prestatiebeschrijvingen vast te stellen alsmede om een grens en vereffeningbedrag te hanteren met het oog op de aanpassing van de bekostiging van de acute ggz. Dat is nodig om het verdere proces in gang te kunnen zetten om de prestatieomschrijving te kunnen ontwikkelen en beleidsregels ten behoeve van de acute ggz uiterlijk 1 juli 2018 vast te stellen.

Het RIVM is inmiddels al door de NZa gevraagd om de aanrijtijden te analyseren met het oog op een voorstel van zorgverzekeraars en zorgaanbieders voor de regio-indeling voor de acute ggz. Het RIVM zal deze analyse de komende maand opleveren. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen op basis van deze analyse met elkaar de regio-indeling moeten vaststellen.

Per vastgestelde regio zullen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een plan moeten vaststellen voor het verlenen van acute psychiatrische hulpverlening en zullen de aanbieder en een zorgverzekeraar concrete schriftelijke afspraken moeten maken over de levering van acute psychiatrische hulpverlening. Daarnaast zal de generieke module Acute psychiatrie door de organisaties van cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars aangeboden

moeten worden aan het Zorginstituut met het oog op inschrijving in het kwaliteitsregister. Ik heb begrepen dat GGZ NL over de inschrijving binnenkort een bestuurlijk overleg heeft met het Zorginstituut.

*De leden van de CDA-fractie vragen naar de achtergrond van de grens van 72 uur voor de inkoop in representatie en budgetfinanciering en de gevolgen daarvan voor de patiënt.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op dezelfde vraag van de leden van de PVV-fractie.

*De leden van de fractie van het CDA vragen zich af in hoeverre bij dit advies de nieuwe Wet verplichte ggz betrokken is geweest en hoe dit wetsvoorstel heeft doorgewerkt in dit advies.*

In de Wet verplichte ggz (Wvggz) staat de behandeling van een persoon centraal en niet langer zijn gedwongen opname. Deze behandeling kan ook ambulante plaatsvinden, waardoor een gedwongen behandeling niet langer is gekoppeld aan een gedwongen opname. De Wvggz is op 23 januari jongstleden aanvaard door de Eerste Kamer en treedt op 1 januari 2020 in werking. Inmiddels is gestart met de implementatie van de Wvggz. Onderdeel van dat implementatietraject is ook de bekostiging van de Wvggz. Op dit moment wordt met een aantal relevante partners onderzocht op welke wijze de bekostiging van de Wvggz vorm kan worden gegeven en wat daarvoor nodig is. Bij dit traject rond de bekostiging en bijhorende prestaties van de Wvggz, vormen de generieke module Acute psychiatrie en het advies van de Nza belangrijke uitgangspunten, waar rekening mee moet worden gehouden. De verbetering van de acute ggz ondersteunt straks de inwerkingtreding van de Wvggz. Daarmee is dit een belangrijke stap.

*De NZa stelt in haar advies dat het beschikbaar houden van lege crisisbedden noodzakelijk is. Dat kunnen deze leden zich voorstellen omdat het soms nu zoeken is naar een leeg crisisbed. Deze leden vragen een toelichting hoe er bij de zorginkoop precies rekening mee wordt gehouden en waar de ambulante crisisbehandeling aan moet voldoen en wanneer het veilig wordt geacht om ambulante crisiszorg te leveren?*

In het algemeen geldt ten aanzien van het inkopen van zorg dat dit aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders tezamen is om te bepalen waar zij zelf het accent leggen voor hun populatie of regio. De generieke module Acute psychiatrie geeft een stevige richting aan voor wat betreft de acute ggz. Op basis van deze module en normen die de triagewijzer (als onderdeel van deze module) geeft, zal ingekocht moeten worden en zullen de aanbieders ervoor moeten zorgen aan deze normen te kunnen voldoen. Over het beschikbaar hebben van lege crisisbedden voor opname, moeten ook (inkoop)afspraken worden gemaakt. De acute ggz is deels ambulante zorg die in de eigen omgeving van mensen kan worden gegeven. Wanneer het nodig is kan kortdurende opname plaatsvinden. Met de Wvggz kan in de toekomst ook acute zorg in een gedwongen kader in de eigen omgeving worden verleend. De acute ggz bestrijkt met name het triageren, beoordelen wat er nodig is, de crisisbehandeling en eventueel opname, met als doel het stabiliseren van de patiënt. In de op te stellen regioplannen, moeten ook afspraken gemaakt worden over de vervolgzorg, met name om zo nodig intramurale plekken beschikbaar te hebben.

*Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie hoever het staat met de regionale ketenplannen acute psychiatrische zorg, of daarvan een overzicht is te geven en hoe deze plannen zich verhouden tot de startdatum van de bekostiging acute psychiatrie per 1 januari 2019 en de sluitende regionale aanpak verwarde personen die voor 1 oktober 2018 gereed moet zijn? Is hier sprake van dezelfde regio's?*

Voor de regionale plannen wordt voortgebouwd op de bestaande regionale samenwerkingsverbanden. Hiervan is op dit moment nog geen overzicht te geven. Van belang is dat de regio-indeling vastgesteld wordt. Het RIVM levert hiervoor in mei de analyse aan. Er is een krap tijdspad; de NZa heeft echter verzekerd dat zij de tijdsplanning om te komen tot een passende bekostiging (vaststellen van beleidsregels, budgetten en tarieven) met ingang van 1 januari 2019 realistisch en haalbaar acht. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zullen tezamen de komende periode nog de nodige stappen moeten zetten. Voor de regioplannen voor de acute ggz zal voortgebouwd worden op de reeds bestaande keten acute ggz.

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom er is gekozen voor een evaluatie na 3 jaar.*

Doel van de inkoop in representatie is om de generieke module acute psychiatrie soepel en snel in te voeren. Als dit eenmaal is gebeurd, is het ook de vraag of uiteindelijk inkoop in representatie nog wel noodzakelijk is. De NZa heeft aangekondigd om na 3 jaar te monitoren en te evalueren. De NZa kijkt dan naar de implementatie, de werking van de marktordening en of het bekostigingsmodel het meest geëigende model is.

## **D66**

*Ook de leden van de fractie van D66 zijn benieuwd wanneer de module Acute psychiatrie ingeschreven zal worden in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik deze leden naar het antwoord op dezelfde vraag die gesteld is door de leden van de fractie van de VVD.

*De leden van de D66 fractie vernemen graag hoe het onderscheid tussen de verschillende gradaties gemaakt wordt op basis van de triagewijzer.* In de triagewijzer wordt onderscheid gemaakt tussen vijf patiëntkenmerken die door de triagist uitgevraagd worden (bijvoorbeeld acute suïcidaliteit waarbij een duidelijk plan/gelegenheid is danwel de uitvraag leidt tot de constatering dat de omgeving als «veilig» is te beoordelen (er voldoende directe steun aanwezig is)). Aan de hand van deze patiëntkenmerken wordt de urgentie beoordeeld. In het meest ernstige geval vindt de beoordeling maximaal binnen 1 uur plaats, in het minst ernstige geval binnen maximaal 24 uur. Beroepsgroepen hebben gezamenlijk met elkaar deze inhoud bepaald, als onderdeel van de generieke module Acute psychiatrie. Voor de verdere inhoud van deze triagewijzer verwijs ik u naar de website<sup>2</sup> van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de regering werkt aan het verlagen van de responstijd tot beoordeling in acuut psychiatrische situaties en welke middelen de regering daarvoor inzet.*

De verlaging van de responstijd in het meest urgente geval, maakt deel uit van de triagewijzer als onderdeel van de module Acute psychiatrie. Daarom is het van belang dat de veldpartijen de generieke module Acute psychiatrie in het register van het Zorginstituut inschrijven, zorg dragen voor een regio-indeling, representerende zorgverzekeraars selecteren en regionale plannen ontwikkelen. Met de nieuwe bekostiging maak ik mogelijk dat de genoemde generieke module wordt geïmplementeerd. Daarnaast heb ik voor de periode tot aan de inwerkingtreding van de nieuwe bekostiging de mogelijkheid gecreëerd om met middelen van ZonMw een essentieel onderdeel uit de generieke module, de triagewijzer, te testen. Ook kunnen pilots met een APH-triagist (triagist acuut psychiatrische hulpverlening) via ZonMw gefinancierd worden.

<sup>2</sup> [www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)

*De leden van de D66-fractie willen graag weten of de stijging in het aandeel ambulante behandeling thuis (2015–2016, Monitor acute psychiatrie) zich in 2017 doorzet en hoe het percentage opnames zich ontwikkelt. De leden van de D66-fractie vragen hoeveel crisisbedden er op dit moment zijn en hoe het is gesteld met de bezettingsgraad van deze bedden.*

Op dit moment zijn er geen recentere cijfers beschikbaar. Ik verwacht de cijfers over 2017 in december te ontvangen (Monitor Ambulantisering) en zal u daarover informeren. Uit de aan u onlangs toegezonden inventarisatie door het Trimbos-instituut blijkt (voor de inkoop voor 2018) dat ruim 20% van de geïnterviewde aanbieders inderdaad specifieke plannen of voorstellen voor de (verdere) opbouw van de ambulante zorg heeft besproken met verzekeraars. Daarbij ging het enerzijds om uitbreiding van de capaciteit, anderzijds om het inzetten van andere typen professionals waardoor tijd wordt vrijgemaakt voor capaciteit voor de specialistische ggz voor mensen met ernstigere problematiek. Daarnaast heeft 15% van de aanbieders geen specifieke, aanvullende plannen ingediend maar zijn er in de afgesloten contracten wel afspraken gemaakt over de opbouw van extra ambulante zorg. Ruim 40% van de aanbieders heeft aangegeven binnen de contractafspraken waarschijnlijk verder te kunnen gaan met de opbouw van ambulante zorg.

Op dit moment is niet bekend hoeveel crisisbedden er zijn en wat de bezettingsgraad van deze bedden is.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de gewenste personele bezetting van het beoordelingsteam zich verhoudt tot de beschikbaarheid van personeel (spv-ers, basisartsen en psychiaters).*

Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik u naar het actieprogramma «Werken in de zorg» dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Minister voor Medische Zorg en Sport en ik recent aan uw Kamer hebben aangeboden (Kamerstuk 29 282, nr. 303). Voor de ggz is dit een belangrijke eerste stap om zicht te krijgen op de aard en de omvang van de arbeidsmarktproblematiek. De volgende raming van het Capaciteitsorgaan, inclusief analyses van de vacatures in de ggz, zal een beter zicht moeten geven op eventuele knelpunten in de beschikbaarheid van zorgverleners. Overigens kunnen een goede triage en beoordeling bevorderen dat niet onnodig zorg wordt verleend en dat beschikbare medewerkers goed worden ingezet.

*De leden van de fractie van D66 vragen of de acute psychiatrische zorg en de aanpak personen met verward gedrag in samenhang met elkaar worden gezien en willen graag weten hoe de regio-indeling en de daarmee samenhangende regioplannen zich verhoudt tot de 23 regio's die zijn vastgesteld in het Schakelprogramma en tot de 25 veiligheidsregio's? Deelt de Staatssecretaris de mening dat deze verschillende indelingen en daarmee samenhangende ketens kunnen leiden tot verwarring en onduidelijkheid? Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat een hypothetisch verward persoon met acute psychiatrische problematiek niet door conflicterende regio-indelingen in de knel komt?*

Ik realiseer mij dat er verschillende regio-indelingen gehanteerd worden, die deels zullen overlappen. Zo gaat het advies van de NZa uit van de bestaande acute psychiatrie regio's (crisisdiensten) omdat daar al een keten acute ggz functioneert en hierop doorontwikkeld kan worden. De 23 regio's van het Schakelteam borduren voort op de samenwerkingsverbanden die er al waren, de 25 Veiligheidsregio's zijn geformeerd rond de brandweezorg, rampenbestrijding/crisisbeheersing en geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GGD). Ook in de ambulancezorg worden deze regio's aangehouden. Er wordt door partijen zelf daarbij de afweging gemaakt om zoveel mogelijk bij de praktijk aan te sluiten. Elke indeling is voor discussie vatbaar: het gaat erom hoe mensen in de



praktijk tot invulling en samenwerking komen. Ik kan mij voorstellen dat in de regioplannen die op basis van de generieke module Acute psychiatrie geformuleerd moeten worden, ook stilgestaan zal worden bij de samenhang met de sluitende aanpak van personen met verward gedrag en de afspraken/afstemming met de veiligheidsregio.

*De leden van de D66-fractie vragen om een argumentatie voor de grens van 72 uur crisisbehandeling voor het nieuwe bekostigingsmodel. Zij vragen hoe de regering aankijkt tegen de argumenten dat meer tijd nodig is voor de-escalatie en diagnostisering en dat een periode van twee weken nodig is om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijden.* Voor een antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op een vergelijkbare vraag van de leden van de PVV-fractie. De acute ggz kan ook na de tijdsgrens van 72 uur doorlopen. Hiervoor moet dan ook zeker aandacht zijn van (de individuele) verzekeraar in het kader van hun zorgplicht. De 72 uur is bovenal een «technisch en administratief» afkappunt zodat er in het weekend voldoende beschikbaarheid geborgd is.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe zorgverzekeraars nog steeds een centrale rol hebben in het bewaken en sturen op efficiëntie, zoals staat in het advies van de NZa.*

De zorgverzekeraars blijven de inkopende en betalende partij. Zorgverzekeraars kunnen met hun specifieke kennis van de regionale omstandigheden, samen met de aanbieder, een voorstel doen voor de benodigde capaciteit in de regio. Zorgverzekeraars hebben, ook als zij de zorg in representatie inkopen, een zorgplicht. Zij zijn gehouden om voldoende acute psychiatrische zorg in te kopen (naturapolis) of te vergoeden (restitutiepolis). Aan de hand van de generieke module en het regioplan contracteert de zorgverzekeraar (in representatie) de acute psychiatrische zorg.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de individueel declarabele prestaties worden vastgesteld indien er wel triage heeft plaatsgevonden, maar er na beoordeling wordt afgezien van crisisopname. Zij vragen zich af of deze kosten worden verrekend of vereffend in de voor- en nacalculatie.*

Ja. De kosten van de triage (de triagist) zijn onderdeel van het budget. De beschikbaarheidskosten van de triagist gaan via het verreken/vereffeningbedrag, dat voortkomt uit de voor- en nacalculatie.

*De leden van de D66-fractie vragen hoe de regering ervoor waakt dat de administratieve lasten hinderlijk toenemen en de patiënt daarvan de dupe is, onder andere door de grens van 72 uur.*

Deze manier van bekostigen heeft effect op de administratieve lasten. Waar de acuut psychiatrische zorg op dit moment nauwelijks onderwerp van gesprek is binnen de inkoopgesprekken, zal dat bij deze marktordeening wel het geval zijn. Dit is naar het oordeel van de NZa noodzakelijk. Daarnaast geeft de voor- en nacalculatie extra administratieve lasten, maar dit is voor het mogelijk maken van inkoop in representatie en de kostendekkendheid noodzakelijk. De intentie van alle partijen is deze lasten zo laag mogelijk te houden.

*De leden van de D66-fractie constateren dat voor de regio-indeling gewacht wordt op de uitkomsten van de analyses uitgevoerd door het RIVM. Wanneer worden deze verwacht? Genoemde leden vernemen graag of, indien deze indeling nog niet gereed is, het wel mogelijk wordt om per 1 januari 2019 het bekostigingsmodel conform het advies in te voeren. Deze leden wijzen erop dat het opzetten van regionale samenwerkingsverbanden tijd kost, zeker indien het uiteenlopende partners betreft zoals bijvoorbeeld politie, ziekenhuizen en patiëntenverenigingen. De*

*leden van de D66-fractie vragen de Staatssecretaris tot slot hoe de acute psychiatrische zorg en de bekostiging tot 1 januari 2019 gaan lopen en hoe de Staatssecretaris er tot deze tijd voor waakt dat een ieder die acute psychiatrische hulp nodig heeft die ook ontvangt.*

Het RIVM zal in mei deze uitkomsten opleveren. Aan de hand van deze analyse zijn zorgverzekeraars en zorgaanbieders vervolgens aan zet om gezamenlijk de regio-indeling vast te stellen. GGZNL en ZN hebben aangegeven wel een aantal uitdagingen te zien die de nodige inzet en tijd zullen vragen. Het tijdspad is daarmee ambitieus. De acute psychiatrische zorg zal tot 1 januari 2019 op basis van de huidige financiering worden verleend. Daarnaast staat via het ZonMw programma financiering open om met de verschillende elementen van de generieke module ervaring op te doen.

## **Groen Links**

*De leden van de fractie van Groen Links vragen hoe het vaste tarief wordt uitgewerkt en wat daarvoor het tijdspad is.*

De NZa is de regelgeving aan het uitwerken. De NZa publiceert uiterlijk 1 juli 2018 de nieuwe regelgeving inclusief de vaste tarieven.

*De leden van de fractie van Groen Links vragen of de zorgverzekeraars in staat zullen zijn om wanneer nodig voorschotten te geven voordat de nieuwe bekostigingssystematiek van kracht wordt.*

Er zijn geen juridische belemmeringen voor zorgverzekeraars om voorschotten te geven.

De leden van de fractie van Groen Links vragen zich af wat de stand van zaken is met betrekking tot de regioplannen, of er wordt voortgebouwd op bestaande samenwerkingsverbanden en of een overzicht te geven is van de voortgang per regio.

Ik verwijs de leden van de fractie van Groen Links graag naar het antwoord op dezelfde vraag die is gesteld door de leden van de fractie van de VVD en het CDA.

*De leden van de fractie van Groen Links vragen waarom voor de nieuwe bekostiging vastgehouden wordt aan de grens van 72 uur terwijl GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland ervoor pleiten deze grens op twee weken te stellen. Deze partijen stellen onder andere dat een periode van twee weken nodig is om de vervolgbehandeling te organiseren zonder wachttijd. De leden van de fractie van Groen Links vragen of de regering het ermee eens is dat alles gedaan moet worden om de wachtlijsten terug te dringen.*

Ik realiseer mij dat het in de praktijk soms het nodige zal vergen om de vervolgzorg adequaat te regelen, zeker in het geval dat een opname onvermijdelijk is. Het op te stellen regioplan moet hiervoor betere handvatten gaan bieden omdat vooraf met alle partners van de keten afspraken worden gemaakt over hun inzet. Ik ben het er zeker mee eens dat een uiterste inspanning van een ieder mag worden verwacht om de wachtlijsten terug te dringen. Voor de aanpak van wachtlijsten verwijs ik u naar mijn brief van 10 april 2018 aan uw Kamer (Kamerstuk 25 424, nr. 396). Voor het overige verwijs ik u naar de antwoorden op vergelijkbare vragen van de fracties van de PVV en D66.

## **SP**

*De leden van de SP-fractie vragen welke conclusies de regering trekt uit het feit dat DBC-financiering niet geschikt is bevonden voor de acute ggz. Zij vragen zich af of patiënten en zorgverleners niet beter af zijn met samenwerking in plaats van concurrentie. Tevens vragen zij zich af wat*

*voorop staat: het waarborgen van de mededingingsregels of het belang van de patiënt.*

Uitgangspunt is voor mij het regeerakkoord. Op basis van dit regeerakkoord is gedurende deze kabinetsperiode geen stelselwijziging in de zorg is voorzien, uiteraard is er wel ruimte om verbeteringen door te voeren waar dat nodig wordt geacht. De NZa is door de voormalige Minister van VWS gevraagd om, in het licht van de ontwikkeling van de generieke module Acute psychiatrie, te adviseren om een bekostiging die deze module ondersteunt. De NZa, constateert dat vanwege de specifieke kenmerken van de acute ggz, dat aanpassingen wenselijk zijn in de inkoop en bekostiging van de acute ggz. Ik volg dat advies.

*De leden van de SP-fractie vragen waar de grens van 72 uur op is gebaseerd en of er daarna wel goede beschikbaarheid is van crisisbehandeling.*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de antwoorden op de vragen die de fracties van de PVV en D66 over de grens van 72 uur hebben gesteld.

*De leden van de SP-fractie vragen – in relatie tot de opmerking in de brief van 23 maart jl. dat er coördinatieproblemen spelen bij de zorginkoop door individuele verzekeraars van acute ggz – of de regering de observatie van de leden van de SP-fractie deelt dat er ook coördinatieproblemen zijn in de niet-acute specialistische ggz door het hanteren van budgetplafonds door de individuele zorgverzekeraars en de daaruit voortkomende patiëntenstops en wachtlijsten. Zij vragen in verband daarmee of de regering overweegt om de DBC-financiering in de gehele ggz los te laten en meer te werken met budgetten die via voor- en nacalculatie kunnen worden aangepast.*

Ik deel deze observatie van de SP-fractie niet. Bij de niet-acute, planbare zorg kunnen individuele zorgverzekeraars ieder voor hun eigen verzekeren zorg inkopen. Waar dat nodig is om te voldoen aan hun zorgplicht, kunnen zorgverzekeraars ieder voor zich de (omzet)plafonds verhogen die zij met zorgaanbieders hebben afgesproken. Hier speelt geen coördinatieprobleem.

Los hiervan werkt de NZa nu wel samen met de ggz-sector aan de ontwikkeling van een andere bekostigingssystematiek ter vervanging van de huidige DBC-bekostiging.

*De leden van de SP-fractie vragen of ik bekend ben met het feit dat men in de spoedzorg veel problemen ervaart om een behandelplek te vinden voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en op welke wijze de wijziging in de bekostiging bijdraagt aan het oplossen van dit probleem.*

Ik beschouw de acute ggz als de spoedzorg, de hulp die als eerste ingeschakeld kan worden wanneer het acuut mis dreigt te gaan. De acute ggz moet dan ook 24/7 beschikbaar zijn om mensen te beoordelen, te bezien wat nodig is en mensen zo nodig stabiliseren. Het kan goed zijn dat de beoordeling erop neer komt dat inzet van specialistische ggz nodig is, met opname in het uiterste geval. Voor deze specialistische vervolgzorg kunnen mensen mogelijk te maken krijgen met de wachttijden problematiek. Een hardnekkige problematiek waarover ik, zoals u weet, in gesprek ben met de partijen. Met de voorgestelde bekostiging stel ik de acute ggz beter in staat de beschikbaarheid en hun inzet te waarborgen. Ik wil niet dat de wachttijdproblematiek de verbeteringen in de acute ggz in de weg staat.

*De leden van de SP-fractie vragen of gegarandeerd kan worden dat met het gebruik van voor- en nacalculatie de beschikbaarheid voor de aanbieders in hetzelfde jaar gefinancierd wordt.*

Voorafgaand aan het jaar, wordt een gezamenlijk voorstel bij de NZa ingediend door de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar om het budget te bepalen. Dat gebeurt op basis van voorcalculatie: de kosten worden ingeschat. Indien er hogere kosten dan opbrengsten worden verwacht kunnen er tussen aanbieder en verzekeraar afspraken gemaakt worden over het geven van een voorschot. Het staat de zorgverzekeraars vrij om de zorgaanbieders te bevoorschotten, dat is onderdeel van de gezamenlijke afspraken. De NZa speelt hierin geen rol. Gedurende het jaar ontvangen de zorgaanbieders inkomsten uit de prestaties (die aan verzekerden voor verleende zorg in rekening worden gebracht) om hun kosten te dekken. Na afloop van het jaar beziet de NZa de opbrengsten en de gemaakte kosten en past nacalculatie toe.